Aus der medizinischen Klinik zu Kiel.

APR 5 1902

Zur Kenntnis

der

Perichondritis laryngea.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Friedrich Scheidler,

approbierter Arzt aus Krotoschin (Prov. Posen).

Kiel 1901.

Druck von Schmidt & Klaunig.

Aus der medizinischen Klinik zu Kiel.

Zur Kenntnis

der

Perichondritis laryngea.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Friedrich Scheidler,

approbierter Arzt aus Krotoschin (Prov. Posen).

Kiel 1901.

Druck von Schmidt & Klaunig.

Nr. 6.

Rektoratsjahr 1901/1902.

Referent: Dr. **Quincke.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Werth,**
z. Zt. Dekan.

Seinem hochverehrten Vormund

Herrn Justizrat Köckenberger,

und seiner getreuen Pflegemutter in Dankbarkeit

Der Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0045

Schon unter physiologischen Verhältnissen erleiden die Kehlkopfknorpel Veränderungen; ich meine die senilen Erscheinungen, welche teils mit einer Zerklüftung und Auffaserung, teils mit einer Umwandlung des Knorpelgewebes in spongiöses Knochengewebe einhergehen.

Die nämlichen Colliquations- und Ossificationsprozesse befallen aber auch schon vor jener Epoche der senilen Involution die Kehlkopfsknorpel und zwar namentlich dann, wenn der Kehlkopf der Sitz chronischer Erkrankungen ist.

Greift die Entzündung auf das Perichondrium über, resp. ist primär der Sitz der Entzündung das Perichondrium, so entsteht die „Perichondritis laryngea"; sie ist eine der wichtigsten Erkrankungen, die sich im Kehlkopf lokalisieren. Es findet bei derselben eine Infiltration zwischen Perichondrium und Knorpel statt, unter Abhebung des Perichondriums und evtl. Nekrose des Knorpels, je nachdem dann der Prozess langsam oder schneller fortschreitet, liegt das eine mal der Knorpel äusserlich unverändert in einer Eiterhöhle; in den chronischer auftretenden Fällen unterliegt derselbe einer eitrigen Einschmelzung.

Je nach der Lokalisation unterscheidet sich ein Perich. thyreoidea, aryteonoidea, cricoidea, wozu noch die der Epiglottis kommt.

Was die Häufigkeit des Betroffenseins der einzelnen Knorpel anbelangt, so erwähne ich aus einer von Lewin, [1]) in den „Beiträge zur Lehre von der Perichondritis laryngea" gegebenen Statistik.

[1]) Charité-Annalen XII. 1887.

Es fanden

Mackenzie: Cricoidknorpel:

bei Kehlkopfschwindsucht 6 mal allein, 4 mal mit gleichzeitiger Erkrankung der

Aryknorpel	10 F.
bei Syphilis	1 „
bei Krebs	3 „
bei Abdominaltyphus. . .	3 „
primär	3 „
	20 F.

Aryknorpel:

bei Kehlkopfschwindsucht	11 F.
bei Syphilis (4 × einer, 1 × beide).	5 „
bei Krebs	6 „
bei chron. laryngit. (Lunge gesund) .	2 „
	24 F.

Schildknorpel:

bei Kehlkopfschwindsucht .	2 F.
bei Carcinom	1 „
	3 F.

Lüning fand:

Cart. thyreoid	2 F.
Cart. thyreoid und cricoid	6 „
„ „ cricoid und aryth. . .	3 „
„ cric.	22 „
„ aryth.	9 „

Bei Lewins syphil. Kranken:

Cart. aryth.	9 F.
„ „ mit aryth.?[1])	7 „
Cart. cric. allein	4 „
mit Cart. thyr.	1 „
Cart. thyrcoid	2 „

Was die Aetiologie der Perichondritis laryngea anbelangt, so will ich diese nur streifen mit alleinig genauer Ausführung der Syphilis.

[1]) Im Original so angegeben.

Über selbständige Erkrankung des Perichondriums finden sich nur wenig Fälle in der Literatur.

Jurasz[1]): Über primäre eitrige Perichondritis des Kehlkopfs:

20 Jahre alter Soldat, in wenigen Tagen Exitus laetalis unter den Erscheinungen des Glottisoedems. Sektion: Diffuse eitrige Perichondr. des Schild- und Ringknorpels.

Carter[2]): Perichondritis des Kehlkopfes:

C. zeigte vor der Midland Medical Society ein Specimen von Perichondr. des Kehlkopfs. Dyspnoe tracheotomie. Exitus an Septicämie. Am hinteren Ende des rechten Stimmbandes ein bis auf den Ringknorpel dringendes Geschwür. Kaum Anhaltspunkte für Syphil. oder Tb.

Ebensowenig findet man in der Litteratur über rheumatische Perichondritis. Diese Aetiologie wird übrigens ebenso angezweifelt, wie die der idiopathischen. Ich führe hier einen Fall aus „David Newman", ein Fall von laryngealer Perich.[3]) an.

Pat. 45. Jahre. 19. Okt. 89 Husten, Heiserkeit Dyspnoe; etwa 3 Wochen vorher hatte sie nach einem Schlaf in einem feuchten Bett einen Frost gehabt, darauf allmälig sich steigernde Kehlkopfsymptome. Starkes Oedem über den Aryknorpeln und Stimmb. mit erhebl. Verengung der Glottis. Das linke Stbd. steht fest. Besserung; auf eigenen Wunsch entlassen.

Über traumatische Perichondritis möchte ich einen Fall Lenno Brown: „Ein Fall von traumat. P."[4]) mitteilen:

Ein Schiffsleutnant consultierte B. mit der Angabe, dass er vor 5 Monaten einen Schlag mit dem Ellenbogen gegen die linke Seite des pomum Adami erhalten habe. Keine sichtbare Schwellung, aber heftiger Schmerz. Stimme ging für 48 Std. verloren; nachher einige Tage heiser. Nachdem sich die Stimme gebessert, grosse Schwierigkeit sie zu beherrschen und besonders das Kommandowort zu geben. Laryngosc: Schwellung und Rötung des linken Giessbeckenknorpels. Bei Palpation leichte Empfindlichkeit. Therapie: Ruhe, Nachts feuchte Compresse. Besprühung mit 0,6:30 Jodzinklösung. Pat. genas; er bekam nur 1½ Töne seiner Singstimme wieder.

[1]) Internat. Centralblatt für Laryngologie; Jahrg. VII 1891, Seite 387. Verhandlg. des naturhistor. Vereins zu Heidelberg. N. F. Bd. IV. 3. 1890.

[2]) Intern. Centralbl. S. 180, Jahrg. I 1885. Birmingham Medical Review April 1884.

[3]) Int. Centralbl. Jahrg. VIII, S. 157, 1892. Glasgow Medic. Journ. Sept. 1890.

[4]) Intern. Centralbl. Jahrg. V, S. 473 1889. British Medical Journal 28. April 88.

Die Infektionskrankheiten stellen ein grosses Kontingent für die Aetiologie der Perichondritis laryngea.

Zunächst bedarf die P. typhosa einer Erwähnung.

Im internationalen Centralblatt für Laryngologie Jahrgang 85 findet sich folgender Sitzungsbericht der franz. Gesellschaft für Otologie und Laryngologie. Koch hält einen Vortrag über Laryngotyphus: Bayle ist der erste, der im Jahre 1808 über Kehlkopfaffektion bei Typhus spricht; nach ihm Louis, Albert und Elster, Chamel und andere.

C. Toti: Klinische und Pathol. anal. Beitrag zum Studium der P. nach Typhus. [1]) Er zieht folgende Schlüsse:

1. P. nach Typh. ist niemals primär, sondern stets secundär.
2. Die ulcerate sind stets typhöser Natur. Die P. aber ist wahrscheinlich durch Invasion pyogener Coccen bedingt.
3. Der Lieblingssitz der Ulcerat. ist die Mitte der inneren Fläche der Aryknorpel, von wo die P. zur Basis fortschreitet.

Über einen, mir durch Herrn Geh. Quincke zur Verfügung stehenden Fall von Perichondr. post Skarlatinam will ich hier berichten.

E. F., in die Klinik am 9. X. 99 eingebracht, erkrankte am 21. 9. an Skarlatinae, 24. Husten, den der Arzt auf eine leichte Lungenentzündung zurückführte. Vor 8 Tagen geringer Stridor, seit 4 Tagen stärker. Während der Vorbereitungen zu Tracheotomie: Erstickung. Nottracheotomie. Die Wiederbelebungsversuche haben keinen Erfolg.

Die Sektion ergab als interessierenden Kehlkopfbefund:

Tiefe Geschwüre der hinteren Stimmbandkomissur mit Nekrose der Aryknorpel. Sehr starkes Oedem des ganzen Kehlkopfeinganges und der Morgagnischen Taschen.

Ausserdem wohl als eine Folge der Behinderung der Athmung, die ja so enorm war, dass Pat. erstickte:

Reichlicher Blutinhalt der Luftwege; Emphysema pulm. und Oedem; Collaps des R. U. und M. L. Massenhafte Blutungen in Adhäsionen, die als Residuen einer früheren Pleuritis sich vorfanden.

Ferner geringe fettige Fleckung der Aorta, Fettleber und starke Trübung der Nieren.

[1]) Intern. Centralbl. für L. Jahrg. IX, Seite 145, 1893, Florenz 15. Sept. 1891 Lo Spamentale.

H. S. Birket (Montreal) berichtet in „Perich. das Cricoarytaenoid Gelenkes aus ungewöhnlicher Ursache“ über P. post Gonorrhoeam.[1])

Junger Mann bekam im Verlauf eine Gonorrhoe-Gelenkstörung im Ellenbogengelenk, Knie und in der Schulter der linken Seite; dazu trat Heiserkeit und Beschwerden beim Schlucken. Oedem: Schwellung der Schleimhaut über dem linken Cricoarytaenoidgelenke. Beide Stimmbänder weiss und normal; links Bewegung entschieden verlangsamt; Stimme heiser. Therapie: Eiskravatte bringt grosse Erleichterung.

Des weiteren ist die Tuberculose ein häufiges aetiologisches Moment der Perichondritis laryngea. Die Gelegenheit zur Infektion des Kehlkopfs ist gegeben einmal durch Inhalation, tb.-haltigen Materials, seien es Staubpartikelchen oder in Form feiner Stäubchen verspritztes Sputum; allerdings findet sich zumeist die Tuberkulose des Kehlkopfs vergesellschaftet mit der der pulmones und es ist die Phthisis pulmon. das primäre Moment und infolge der passage des tub.-haltigen Sputums der Kehlkopf sekundär affiziert. Die verschieden häufigen Erkrankungen des Kehlkopfs im Gefolge der Phthise sind bedingt durch hinzutretende catarrhalische Affektion der Kehlkopfsschleimhaut, überhaupt irgend welcher auch noch so leichter Läsion derselben, da hierdurch die Resistenzfähigkeit herabgesetzt und für die Invasion des tb. Baz. vorbereitet wird.

Ein alleiniges Ergriffensein des larynx ohne begleitende Phthise finden wir in einem Falle von Orth, den Lewin in „Beiträge zu Perich. laryngea“ behandelt. Orth sezierte einen Fall von primärer Kehlkopfstub. bei einem jugendlichen Soldaten, bei dem die pulmones absolut frei von jeglichen Zeichen der tub. Erkrankung waren, neben ausgedehnten Erkrankungen vornehmlich Ulceraten des Kehlkopfs.

Eigentümlich wegen seines klinischen Verlaufs war folgender auf der med. Klinik beobachteter Fall:

Der Arbeiter K. M., 23 Jahre, kam am 5. III. 00 mit den Erscheinungen hochgradiger Stenose in die Sprechstunde der Klinik. In- und exspiratorischer laut hörbarer Stridor, Stimme rauh. Sichtbare Schleimhäute anämisch. Inspiral. Herabsteigen des Kehlkopfs. Deutliches Nasenflügelatmen. Lunge

[1]) Centralbl. Jahrg. XIII, Seite 228, 1897; auf dem 18. Jahreskongress abgeh. in Pittsburg 14., 15. und 16. V. 96.

emphysematös. Herztöne leise. Puls 132. Die Ursache der Stenose war wegen der hochgradigen Dyspnoe nicht festzustellen. Dagegen zur Erhaltung des Lebens die alsbaldige Tracheotomie geboten.

Die Athmung bald nach Tracheotomie ruhig.

Die Anamnese ergab: Als Knabe „Brustentzündung", aufbrechende Drüsen. Vor Weihnachten vorigen Jahres heftiger Husten, kein Auswurf. Allmälige Verschlimmerung, Auswurf. 30. Jan. starke Dyspnoe, Fieber. Seit 2 Tagen Steigerung der Athemnot. Hat schon immer an Athemnot gelitten.

Status: Mittelgrosser Mann, schlechtentwickelte Muskulatur, mässiger Panniculus adiposus. Lungen: Supraclaviculargruben beiderseits, hochtympanitisch, sonst normal. R. mittelgrossblasiges Rasseln. Exspir. verlängert.

Hinten: Bis zur Spina scap. verkürzter Schall, tympanie; links Athmung vesiculär, rechte Spitze fein- und mittelblasige Rasselgeräusche unten vesiculär. Sattelnase.

Laryngosc: Zungengegend geg. Epigl. zu weisslich, ödematös; Glott. voc. 2 mm. Inspir. wenig Erweiterung.

R. Kehlkopfinneres von Granulationen ausgefüllt. Blass. L. lig. voc. et spur. leicht gerötet.

Die Therapie ist anfangs, da die Lungenerscheinungen sich bessern und man zur Annahme einer luet. Affektion kommt, vergl. 12. III., rein antiluetisch.

Natr. jod. 3 × 0,5
ungt. gris. 5. pro die.

Später wird die tb. Erkrankung deutlich. 4. III. beides ab, dafür Creosot. 3 × 5 gtt.

8. III. 3 × 10, 2. V. 3 × 15.

Verlauf:

6. III. Lungenrand um 2 Fingerbreite in die Höhe gegangen. Keine tb. im Sputum.

8. III. Rasselgeräusche fast verschwunden, Keine tb. im Sput.

10. III. Lig. voc. beide in Rekurrenslähmungsstellung Phonat: prompter Schluss.

Arykn. R. ödematös. hintere Kehlkopfwand: Granulationen u. Ulcerate. lig. voc. geschwollen, gelb; R. Ulceration. Unterhalb seines freien Randes breite tumorartige Granulation graurot, v. proc. voc. bis fast zur Mittellinie.

L. Nasenhöhle in Höhe der mittler. Muschel im Eiter eingebetteter Fremdkörper entfernt, als Rhinolith diagnostiziert.

Lungenspitze vesicul. Athmen beiderseits hinten feuchtes Rasseln. Fieber hat aufgehört.

12. III. Da die ganze Krankheit auf Lues beruht, Antilueskur.

17. III. Aryknorpelschwellung ist zurückgegangen, keine tb. im Sputum. Ekzem über Brust, Bauch, Rücken.

24. III. Besserung des Ekzems; seit dem 21. III. ausgesprochen hektisches Fieber. Sput. zahlr. tb.

18. IV. Lungensp. R. V. gedämpft inspir. crep. Rasseln H. R. bronch. Athmen. L. V. Vesicul. Athmen. Laryngosc. L. lig. voc. intakt. R. ulcerierend. R. Arykn. geschwollen. Im Schleim der Kanüle tb.

20. IV. Eine ziemlich plötzlich einsetzende Drüsenschwellung der linken Halsseite. Haut darüber gerötet.

21. IV. Über die linke Halsseite erstreckt sich bis zum Jochbogen und Mundwinkel ein Erysipelas.

22. IV. Erysipel über der Nase bis auf andere Seite fortgeschritten. Stirn und behaarter Kopf ebenfalls befallen. L. abblassend.

Urin braun, Blutprobe + Viel E., Zylinder zahlreich, Hyalin wachsartig und gekörnt, Nephritis.

25. IV. Erys. auf Brust und Nacken übergegangen.

29. IV. Trotz Carbolinjekt. und Sublimatumschlag schreitet E. weiter.

Puls an der radialis nicht fühlbar, Herz leise, 100.

Mittags rechte Hälfte der Unterlippe und Kinn stark geschwollen.

Abendvisite: Mund ganz unförmig, Herz 120.

30. IV. Pat. ist morgens 4½ Uhr ruhig entschlafen.

Sektion ergiebt folgenden, die wesentl. Momente herausgreifenden Befund.

Eitrig fibrin. Peritonitis. Perforat. d. Proz. vermif. hatte im Leben wegen der Schwere der übrigen Erscheinungen gar keine Symptome gemacht.

Zahlreiche Cavernen, Tb. des Larynx, Zerstörung d. R. lig. ver. und Umgebung.

Schiefrige Indurat. der Umgebung d. bronch. dexter.

Parenchymatöse Nephritis, die schon während des Lebens diagnostiziert war.

Der Fall imponierte also anfangs wegen verschiedener Daten: der Sattelnase, wie auch des gänzlichen Nachlassens des Fiebers, 10. IV. und ebenso des Herabgehens der Lungenerscheinungen 10. IV. als luetische Erkrankung.

Nun stellte sich freilich heraus, dass Pat. sich die Sattelnase infolge eines Traumas zugezogen. Aber es blieb doch immerhin die Möglichkeit, auch den Lungenbefund anders als auf Phthisis tuberculosa zu deuten, da die mehrfache Untersuchung des Sekretes der Luftwege (6. III., 8. III., 17. III.) keine Tuberkelbaz. ergab. Als dann später ausgesprochen hectisches Fieber auftrat, schon vom 21.—24. III. und der positive Befund der Tb. dazu kam, 24. III., war erst die Diagnose der tuberculösen Natur der Lungenerkrankung wie der Perichondritis laryngea sichergestellt.

Ein ebenso grosses Contingent stellt die lues als Aetiologie der Perichondritis laryngea, und zwar ist es das tertiäre Stadium dieser Erkrankung, im Verlaufe dessen es zur P. kommt.

Das sekundäre ist durch Erytheme, Plaques muqueuses Papeln und die Hyperplasie der Mucosa gekennzeichnet.

Ins tertiäre fallen ausser der Perichondritis, die allein hier gewürdigt werden soll, chronische Hyperplasie, Substanzverluste durch Ulceration und Zerfall von Gummiknoten, das Einsinken des Kehlkopfgerüstes durch grössere derartige Zerstörungen.

Was den Verlauf und die Symptomatologie der Perichondritis luetica anbelangt, entnehme ich aus Lewin „Beiträge zur Perichondritis". [1]) Die Einteilung. Er unterscheidet eine primäre oder idiopathische, welche primär vom Perichondrium ausgeht, und eine secundäre, bei welcher der Knorpel und das Perichondrium von Ulceraten der Weichteile ergriffen wird.

Bei der primären ist ein erstes und zweites Stadium zu unterscheiden.

Im ersten ist die Diagnose sowohl der Lokalisation wie die Diagnose der Perichondritis überhaupt ziemlich schwierig. Die begleitende Rötung und Schwellung ist zumeist über ziemlich ausgedehnte Bezirke des Kehlkopfes lokalisiert und es imponiert die Perichondritis als diffuse Entzündung der Kehlkopfschleimhaut.

Am ehesten wird sich noch eine P. der Aryknorpel und der Epiglottis als solche diagnostizieren lassen. Als verwertbar für die Diagnose ist die Thatsache, dass bei einer Erkrankung der Aryknorpel namentlich die Phonation, bei einer solchen der Epiglottis die Deglutition erschwert sein wird. Für die Diagnose der Beteiligung des Thyreoidknorpels ist einigermassen verwertbar, dass derartig Erkrankte lebhaften Schmerz bei Verschiebung des Kehlkopfes gegen die Wirbelsäule äussern.

Ist aber ein betroffener Bezirk des Kehlkopfs von einer deutlich circumscripten Schwellung betroffen, so ist die Diagnose der Perich. und ihre Lokalisation nicht schwer.

Im zweiten Stadium der primären Perich. kommt es zur weiteren Infiltration des Gewebes und schliesslich zum Zerfall

[1]) Charité-Annalen XIII 1889.

desselben. In diesem Stadium ist die Diagnose leichter, sofern nur der Kehlkopf der Inspection zugängig ist.

Die sekundäre Perich. entsteht im Gegensatz zur primären aus einer gesetzten primären Erkrankung der Schleimhaut mit nachträglichem Ergriffenwerden des Perichondrium, dessen Entzündung sich erst wieder auf den Knorpel fortsetzt, resp. denselben infolge der durch die Abhebung des Perichondrium gesetzten Ernährungsstörung zur Nekrose bringt, oder ihn der Einschmelzung anheimfallen lässt.

Zur Darstellung des klinischen Verlaufs, den Indikationen, denen die therapeutischen Massnahmen unterliegen, und der speziellen Diagnostik, will ich nun eine Reihe von Fällen anführen, die in den Jahren 1890—1900 in der hiesigen mediz. Klinik zur Beobachtung und Behandlung gelangten, die mir durch die gütige Überlassung der Krankengeschichten von Herrn Geheimr. Quincke zur Verfügung gestellt sind und die ich in kurzem Auszug nur der hier interessierenden Punkte zusammengestellt habe.

Die mitzuteilenden Fälle habe ich nach folgenden Prinzipien eingeteilt:

Vorangestellt sind diejenigen, bei denen, sei es aus den anamnestischen Angaben, sei es aus dem objektiven Befund, eine Lues sicher zu eruieren war; unter diesen habe ich die Einteilung so gewählt, dass zuerst die Fälle angeführt sind, bei denen sich eine Tracheotomie notwendig machte. Es sind dies die Fälle 1, 2, 3 und 4; dann folgt Fall 5, bei dem keine Tracheotomie notwendig war, und schliesslich Fall 6, eine bereits abgelaufene Perichondritis, mit ausgesprochen tertiär. luetischen Erscheinungen des Gaumens, Pharynx u. d. Nase.

Die zweite Gruppe umfasst die Fälle, bei denen weder Anamnese noch objektiver Befund die Diagnose lues erlaubte; auch hier habe ich die tracheotomierten voran gestellt. Fall 7, 8 u. 9.

Beim letzten Falle 10, musste wegen der unzweifelhaft vorhandenen Tuberkulose die Diagnose, was ist lues, was Tb.? in dubio gelassen werden.

1. Der 42-jährige Arbeiter Chr. Q., wurde in der Klinik vom 6. VI. 1900 bis 7. III. 1900 beobachtet.

Er gab bei der Aufnahme an, dass er seit 6 Wochen an Heiserkeit gelitten habe; Schlingbeschwerden hat er nie gehabt, überhaupt weiter keine Beschwerden, bis sich am 29. V. Athemnot einstellte, die sich allmälig steigerte. Vor 9 Jahren ulcus durum am Praeputium, Heilung unter Sublimatverband. 2 Jahre nach der Infektion „Loch am linken Unteram und Kopf", er wurde damals im Krankenhaus zu Eckernförde einer spezifischen antiluet. Kur unterzogen.

Stat. praes.: Kräftiger Mann, in gutem Ernährungszustande. Lunge emphysematös, infolge der Athmungsbehinderung; deutlich hörbarer Stridor. Sonstiger Befund: nichts pathologisches.

Die Laryngoskopie ergiebt, starke Schwellung der hinteren Comissur, Rötung der lig. voc.; sie sind unregelmässig conturiert, vom rechten mehr wie vom linken zu sehen. Glottis 2—3 mm in maximo. Inspiratorisch linke Cart. arytn. beweglicher.

Patient erhält, da die Anamnese auf lues sicher hinweist, vom 6. VI. $4 \times 0{,}5$ Jodkali, gleichzeitig wird pro die 5 g ungt. gris verordnet.

Die Inunktionskur bis zum 13. VII. Patient erhielt 42×5 ungt. gris. Mit Jodkali wird bis zur Entlassung fortgefahren, vom 14. ab wird Patient elektrisiert, um die Bewegungsstörungen möglichst zu bessern.

Weiterer Verlauf:

8. VI. Zunahme des Stridor, tracheot. sup., bald darauf Athmung ruhig.

9. VI. Laryngosk. noch derselbe Befund.

11. VI. Reichlich in tonatorischer Schleimeintritt in die Glottis.

16. VI. Rötung der lig. spur. zurückgegangen, lig. ver. in ganzer Ausdehnung sichtbar, rosig gefärbt. Glottis gut erweiterungsfähig.

29. VI. Rötung der lig. vera ist zurückgegangen. Rechter Cart. aryt. immer noch geschwollen. Linker auch sichtlich besser beweglich.

3. VII. Mässige Rötung der Kehlkopfschleimhaut. Schwellung in der Gegend der hinteren Comissur, lig. vera zeigen geradlinie Contur.

7. VII. Kanüle entfernt.

18. VII. Glottis in maximo 6—7 mm, rechtes lig. voc. bleibt zurück.

29. VII. Status idem.

7. VIII. Geheilt entlassen.

Bei gelegentlicher Vorstellung fand Herr Geheimrat Quincke folgenden Kehlkopfbefund: Lig. voc. rosa etwas geschwollen. Glottis resp. inspiratorisch weiter, wie Glottis voc. Hinten ca. 10, vorne ca. 5 mm; inspiratorisch erweitert sich gl. resp. ein wenig, gl. voc. verengt sich um 1—2 cm. Stimme leicht belegt.

2. Der 40-jährige Arbeiter Chr. H. war vom 11. VIII. bis 22. IX. 1900 in der klinischen Behandlung.

Anamnese: Wurde schon vor seiner Aufnahme in der Ambulanz behandelt. Die Anamnese aus dem dortigen Journal: seit 6 Wochen heiser. Athemnot namentlich nachts, so dass Patient das Bett verlassen und im Freien spazieren

gehen muss. Trockener Husten, etwas Auswurf. Als Kind vereiterte Halslymphdrüsen. Keine Angabe der luet. Infektion.

Stat. praes.: Mittelgrosser Mann, von gutem Ernährungszustande. Auf der Brust 3, auf der linken äusseren Seite des Knies 1 über handtellergrosse Hautveränderungen, eine gleiche wallnussgrosse über der rechten Kreuzbeingegend. Die betreffenden Hautstellen sind gerötet, infiltriert, an der Peripherie schreitet der Prozess fort. Centrum narbig. Peripherie teils nässende, teils mit graugelben Borken belegte tiefe Ulcerate, mit aufgeworfenen Rändern. Rechte Unterkiefergegend tiefe eingezogene Narben, von im 21. Jahre aufgebrochenen Lymphdrüsen.

Lunge und übrige Organe normal.

Ziemlich hochgradiger in- und exspiratorischer Striktor.

Da die Hautaffektion sicher luet. Charakters ist, wird sofort ungt. gris 5 p. die ordiniert, ausserdem 4 × 10 ccm Natr. jod. Die Ulcerate mit Sublimatumschlägen und Spray behandelt, und diese Kur bis zur Entlassung fortgesetzt.

Weiterer Verlauf:

13. VIII. 12 Uhr mittags. Tracheot. schwierig, wegen Tiefstand des Kehlkopfs, nach Tracheot. rückt der Kehlkopf bis in den oberen Wundwinkel.

15. VIII. Allgemeinbefinden bedeutend besser, sonst stat. idem.

17. VIII. Kanülenwechsel. Wunde sieht gut aus.

21. VIII. Geschwüre gereinigt, weniger allerdings am Knie.

Laryngoscopie ist unmöglich, Kehldeckel verhindert den Einblick.

25. VIII. Laryngosc. immer noch schwierig. Stimmbänder inspiratorisch bis auf 6 bis 8 mm auseinander, hellrosa. Lig. spur. bläulichrot, ödematös, Intonation mit heiserer Stimme (Geheimrat Quincke).

1. IX. Verschluss der Phonationskanüle leicht. Patient athmet durch die normalen Wege wie ein Gesunder.

Geschwüre auf der Brust alle verheilt. Am Knie auch Rückgang deutlich erkennbar.

8. IX. Laryngosc. Lig. spur. nicht so rot. Patient spricht laut.

Am Knie noch eine nicht abgeheilte Stelle.

15. IX. Lig. ver. gut beweglich, leicht gerötet, lig. spur. wenig gerötet, Knopfkanüle eingelegt.

20. IX. Zapfen entfernt, Pflaster.

22. IX. Geheilt entlassen.

3. Vom 26. VI. bis 12. VIII. 1896 wurde die 47-jährige Gastwirtsfrau M. Sch. in die Klinik beobachtet.

Patientin klagt über Heiserkeit seit 1½ Jahren, es fanden wohl einige Remissionen statt, im grossen und ganzen hat sich das Leiden immer mehr verschlimmert. Seit Oktober und November vorigen Jahres Athembeschwerden.

Betreffs der luet. Anamnese hat Patientin im Alter von 20 Jahren einen Ausschlag, kleine rote Flecke im Gesicht und am Rumpf gehabt; Vor 5 Jahren eine „Flechte“ im Gesicht, die unter Zurücklassung einer weissen, strahligen Narbe verheilt ist. Sonst keine Erscheinungen der Lues, auch keine direkten Angaben.

Stat. praes.: Kleine, sehr abgemagerte Frau. Athmung sehr erschwert. Laryngosc. Epiglottis starr, an ihrem Rande Erosionen, links lig. voc. eben sichtbar. Das rechte verdeckt breite, von lig. spur. ausgehende Schwellung, an der auch der Aryknorpel beteiligt ist. Druck auf Kehlkopf nicht empfindlich. Kein Lungenbefund.

Anamnese und Befund sprechen für Lues, daher sofort bei Eintritt Kal. jod. 4 × 0,5 ungt. gris. 5 bis zur Entlassung.

Weiterer Verlauf:

28. VI. Musste wegen unerträglicher Dyspnoe die Tracheotomie ausgeführt werden.

29. VI. Schluckbeschwerden infolge der ungewohnten Kanüle.

30. VI. und 1. VII. führt Untersuchung des Kehlkopfs zu keinem Ziel, Epigl. starr und unbeweglich.

6. VII. Kehlkopf geringe Hyperämie, viel Schleim, Aryknorpel namentlich rechts wenig beweglich, die von Aryknorpel und den lig. spur. ausgehende Schwellung macht auch einen teil des linken lig. voc. unsichtbar.

15. VII. Zur besseren Expector. des Schleims Ventilkanüle. Schwellung zurückgegangen. Arykn. links wenig, rechts garnicht beweglich, geschwollen.

22. VII. Patientin athmet mehrere Stunden mit verstopfter Kanüle.

23. VII. Stimme etwas Klang.

4. VIII. Stimme klangvoller, Glottis weiter, links gut beweglich.

8. VIII. Wundkanal geschlossen. Athmung frei, links lig. voc. verdickt, gut beweglich, rechts von unregelmässiger Schwellung verdeckt.

12. VIII. Mit Kal. jod. 4 × täglich 0,5 entlassen.

4. Die 44-jährige Arbeiterwitte A. F. befand sich vom 28. IX. bis 21. XII. 1896 in klinischer Behandlung.

Anfang Februar erkrankte Patientin mit Heiserkeit, Husten und Schlingbeschwerden, diese Symptome wurden immer lästiger. Patientin konnte schliesslich nichts Festes mehr schlingen. In der letzten Woche vor der Aufnahme gesellte sich Athemnot hinzu, die bald einen beängstigenden Charakter annahm. Von einer luetischen Infektion ist anamnetisch nichts zu erfahren. Dagegen ergab die Anamnese: 1. Kind gesund, das zweite starb im ersten Lebensjahre, dann abortierte Patientin, 2 Kinder von 8 und 10 Jahren gesund.

Stat. praes.: Mittelgrosse Frau in ziemlich gutem Ernährungszustande, Organe zeigen nichts abnormes. Bei der Percussion Lunge keine Dämpfung, in der rechten fossa supraclavicul., vielleicht Athmung etwas Bronchial. Kein Rasselgeräusch.

Laryngosc. Epiglottis starr, geschwollen, gerötet, verzerrt, so dass rechte und linke Hälfte nur einen schmalen Spalt, sagittal verlaufend, zwischen sich lassen. Links oben ein scharf begrenztes linsengrosses Geschwür, gelber Belag, ein ebensolches grösseres weiter unten, greift bis auf den Aryknorpel über. Lig. voc. soweit sichtbar, graurot gewellt geschwollen. Linker Aryknorpel ebenfalls geschwollen, zwischen beiden Aryknorpeln erodierte Stelle.

Kehlkopf bei Betastung sehr empfindlich, viel schleimig-eitriges Sputum, keine Tuberk.

Da die anamnestischen Punkte auf lues hinweisen, wird schon am 29. ungt. gris ordiniert, wegen Stomatitis ausgesetzt, von diesem Tage den 18. VIII. Jodkali 4 × 1,0.

Weiterer Verlauf:

2. X. Athemnot so stark, dass Tracheotomie nötig, nach der Operation, Athmung ruhig und regelmässig.

3. X. Patientin fühlt sich matt, viel Hustenreiz, schleimig-eitriges Sputum, keine Tuberk.

6. X. Einblick in den Kehlkopf freier, Geschwür der Epiglottis, links oben in Granulationen übergegangen, das untere noch unverändert, lig. spur. links geschwollen, etwas wellig.

12. X. Geschwür der Epiglottis geht zurück. Glottis erweitert sich bedeutend besser. Lig. spur. links stark geschwollen, lig. voc. graurot, Rand gewellt. Epiglottis beginnt sich zu verziehen.

16. X. Geschwür der Epiglottis in deutlich strahlige Narbe übergegangen.

22. X. Die Epiglottis ist weiter verzogen.

25. X. Kanüle entfernt.

26. X. Epiglottis, d. h. eigentlich nur ein Rest derselben, blassrot, uneben, höckerig. Kehlkopfschleimhaut ziemlich stark gerötet, lig. spur. links stark geschwollen, lig. voc. dunkelrot. Erweiterung der Glottis gut, steht ein wenig schief.

12. XI. Es stellen sich weiter noch Pharynxnarben heraus, die den Eingang zum Kehlkopf mit einbegreifen, es wird Bougisbehandlung begonnen.

7. XII. Kehlkopfeingang ist in einen starren Ring verwandelt. Lig. voc. gut sichtbar und beweglich, etwas verdickt.

24. VII. 1898. Nachdem Patientin am 21. XII. 1896 mit dem obigen Befunde als geheilt entlassen wurde, stellt sie sich gelegentlich am obigen Datum vor.

Kehlkopfeingang kreisrund, für mittlere Figur durchgängig, kleine Epiglottisreste. Lig. voc. etwas verdickt, Bewegung gut.

5. Der 18-jährige Müller, W. V. befand sich vom 15. VII. bis 31. X. 1899 in klinischer Behandlung.

Klagt seit Anfang Mai über Schmerzen beim Schlingen und Heiserkeit, die sich in der letzten Zeit sehr steigerten. Er will sich die Heiserkeit durch Erkältung zugezogen haben.

Eine luetische Infektion giebt er nicht zu.

Stat. praes.: Kleiner, mässig kräftiger junger Mensch, spricht mit aphonischer Stimme. Die laryngoskopische Untersuchung ergiebt erhebliches Oedem der linken Aryknorpelschleimhaut und auch der aryspiglottischen Falten. Linker Lig. voc. fixiert, was auf ein Ergriffensein des linken Tricoarystoenoidealgelenks schliessen lässt. Schleimhaut zeigt an einigen Stellen Granulationen, übrige Organe normal. Da die Anamnese bezüglich der Luesinfektion im Stiche lässt und auch objektiv keine Zeichen der Lues nachzuweisen sind. Kur mit Inhalationen, Priessnitz etc. kein Erfolg, daher vom 15. VIII. 4 × 1 Kal. jod. Erfolg ersichtlich zur Unterstützung, daher auch noch vom 20. IX. ungt. gris. bis zur Entlassung.

Weiterer Verlauf:

20. VII. Ist die Stimme noch total aphonisch, Schwellung kaum zurückgegangen.

25. VII. Das Oedem hat zugenommen. Skarifikationen, Abschwellung.

29. VII. Schwellung geringer, Athembeschwerden hat Patient trotz des enormen Oedems nie geklagt.

18. VIII. Schwellung und Heiserkeit bestehen in gleicher Weise, offenbar ist es eine Perichondritis, Ursache unklar, Jod.

25. VIII. Status idem evtl. leichte Abschwellung des Aryknorpels.

3. IX. Weitere Abschwellung, Einblick in den Larynx gelingt, es zeigt sich starke Schwellung des linken Taschenbandes. Link. Stimmband, soweit es sichtbar, dunkelrot. Am hinteren Ende desselben und der hinteren Kehlkopfwand Grenulationen. Rechtes lig. voc. leicht gerötet, oberflächlich ulcerierend.

11. IX. Fortschritt in der Besserung, Stimme nicht mehr so ganz aphonisch, linkes lig. voc. noch immer wenig sichtbar. Aryknorpel gänzlich abgeschwollen.

28. IX. Linkes lig. voc. in leichter Abduktion fixiert, defekt, granulierend. Rechtes lig. voc. geschwollen, fleckig, gerötet, flach granulierend. Epigl. leicht ödematös, in poliklinische Behandlung entlassen.

Der Fall ist deshalb sehr interessant, als die Affektion nicht die geringste Tendenz zur Heilung zeigte, bis zum 15. VIII. wo mit anti-luetischer Kur begonnen, von da rapide Heilung.

Der dadurch gegebene Beweis, dass Lues die Ursache der Perichondritis wird durch spätere Krankheitserscheinungen entschieden gestützt.

Vom 16. I. bis 14. III. 1900 kam Patient abermals in klinische Behandlung.

Stat. praes.: Leichte Heiserkeit, Lymphdrüsenschwellung in der Axelhöhle und Cubitalgegend. In der Mitte der Vorderfläche des rechten Unterschenkels ein 5 Markstückgrosses stark granulierendes Ulcus, innere Fläche beider Oberschenkel druckempfindlich. Muskulatur starke mechanische Erregbarkeit. Patellarreflex links erhöht. Sonstiger Befund normal.

Therapie: Bei der ausgesprochenen tert. lues 5×1 Jodkal. bis zum 1. II., von da Calomel $5 \times 0{,}01$ bis $16 \times 0{,}03$, dann wieder absteigend bis $1 \times 0{,}03$.

Ulcus wird mit Sublimatumschlägen behandelt. Auch mit dem Cuprumstift geätzt.

Weiterer Verlauf:

27. II. Ulcus eingeengt, Granulationen flacher.

3. II. Schmerzen sichtlich nachgelassen, auf Druck immer noch empfindlich

28. II. Schmerzen abermals gebessert, ulcus bis auf Pfennigstückgrösse eingeschränkt.

3. III. Ulcus verheilt.

12. III. Keine Schmerzen mehr.

14. III. Patient geheilt entlassen.

Vom 2. VIII. 1896 bis zum 5. IX. 1896, befand sich der 17-jährige Knecht J. A. in klinischer Behandlung.

Er macht folgende Angabe: Mit 10 bis 12 Jahren will er des öfteren Drüsenschwellungen gehabt haben, dieselben sind nie aufgebrochen. Seit 2 bis 3 Jahren sind Geschwüre im Rachen aufgetreten. Seit 1 Jahr spricht Patient nasal. Seit 8 Wochen fester ex ore. Das Leiden verschlimmerte sich seit ungefähr 4 Wochen, Patient hat seit daher Sequester ausgeschnäutzt.

Der Vater ist an akuter Lungenkrankheit gestorben.

Stat. praes.: Lungenspitze verlängertes Exspirium, sonst normal.

R. Gaumenbogen und Tonsille fehlen. Uvula klein, nach hinten verzogen.

L. Gaumenbogen ebenfalls defekt; weisse, strahlige Narbe zieht sich bis auf hintere Rachenwand. Dortselbst Ulcerationen, speckig belegter Grund, umgeben von rötlichem Saum. Auch hier weisse, strahlige Narben.

Nase: Septum. 1—1½ cm vom Naseneingang bis zu den Choanen fehlend. Muscheln äusserst defekt, überall gelbe Beläge und Krusten.

Trommelfell rechts atrophisch mit Kalkeinlagerungen, links Hammergriff stark prominent.

Augen links am Cornealpfalz geringe Trübung im unteren Segment, rechts im oberen.

Laryngoskopisch abgelaufene Perichondritis der Epiglottis, dieselbe gewulstet, verzogen, höckerig und gezackt am Rande.

L. Aryknorpel verdickt, infolge Pachydermisierung.

10. VIII. Entfernung der Sequester aus der linken seitlichen Nasenwand und der vorderen Siebbeingegend.

Am linken Unterkieferwinkel haselnussgrosse z. t. fluctuierende Geschwulst, ein Gumma.

13. VIII. Aus der Nase abermals Sequester entfernt. In der rechten ob. Siebbeingegend sitzt noch ein Sequester, der nicht gefasst werden konnte.

18. VIII. 2 Sequester ausgestossen. Nase secerniert lebhaft.

Gumma kleiner und härter. Laryngosc.: Derselbe Befund. Cav. pharyngonasale bedeutend durch Narbenkontraktionen verengt.

Patient verlässt trotz Widerratens die Klinik.

7. Vom 29. VI. bis 26. VI. 00 befand sich der 36-jährige Handlanger H. H. in der klinischen Behandlung.

Patient klagt schon seit Wochen über Heiserkeit und Husten mit Schlingbeschwerden. Es gesellen sich dann Athembeschwerden hinzu

In der Nacht vom 26. zum 27. trat ein Anfall plötzlicher Athemnot ein, der aber auf kalte Umschläge zurückging. In der Nacht vom 28. z. 29. trat um 1 Uhr abermals ein derartiger Anfall auf; der konsultierte Arzt verliess den Pat. als er ruhiger wurde. Um 4 Uhr wird er abermals gerufen, schickt ihn nach der Klinik, wo er sofort tracheotomiert wurde.

Stat. praes. Kräftig gebauter Mann in gutem Ernährungszustande.

Laryngoscop. Epiglottis geschwollen, tutenförmig gebogen, hinterer Kehlkopfeingang vorgebuchtet, gerötet. Aryknorpel nicht sichtbar.

An den übrigen Organen, ausser Tiefstand des Zwerchfells, nichts abnormes. Lues wird negiert.

Da tb. bei dem normalen Lungenbefund auszuschliessen, überhaupt sich keine andere Aethiologie ergiebt, wird am 3. VI. Jodkalium $4 \times 0{,}5$ pro die ordiniert. Vom 13. VI. erhält Pat., da die Symptome nicht recht weichen, ungt. gris. 5 pro die.

Weiterer Verlauf:

31. V. Lig. voc. nicht sichtbar. R. Aryknorpel, derselbe erscheint frei.

1. VI. Epiglott. nicht mehr geschwollen. Einblick frei. Gegend der hinteren Comissur geschwollen; ödematös; besonders in der Umgebung des linken Aryknorpels; letzterer wenig beweglich. R. gut. Lig. voc. gerötet, wellig. Glottis in maximo 4 mm. R. lig. voc. durch Schwellung der lig. spur. teilweise verdeckt.

Schwellung der hint. Comiss. insonderheit links.

9. VI. Lig. voc. leicht gerötet, schleimig belegt. Hintere Comiss. noch geschwollen. In der Zwischenzeit schon teilweise Canüle verstopft.

12. VI. Glottis weiter, leicht unregelmässig. R. lig. voc. besser beweglich.

19. VI. Glottis deutlich verzogen.

3. VII. Die Verziehung der Glottis durch eine scharf umschriebene, glatte Schwellung unterhalb der lig. voc. bedingt, diese liegt rechts mehr hinten, links mehr vorn.

26. VII. Bisher keine wesentliche Änderung bis zum heutigen. Patient wird in die Ambulanz entlassen.

4. VIII. Stimmbänder gerötet, in der Gegend der Proc. voc. pachydermiartige Verdickung. Lig. voc. prompter Schluss. Erweiterung bei der Phonation wenig, bei Respiration kaum bis zur Cadaverstellung.

Subepiglottischer Tumor nicht mehr zu sehen.

23. VIII. Nach 14tägiger Behandlung (Erweiterung mittels eingelegten Bolzens) Glottis 1 cm weit. Bei Resp. schwankende Bewegung. Phonat. prompter Schluss. Patient geheilt entlassen.

Dass in diesem Falle Perichondritis Ursache der Stenose, ist wohl unzweifelhaft, denn die Schleimhautschwellung war nicht erheblich genug, um sie zu erzeugen.

Lues als Ursache nicht nachzuweisen, weder anamnestisch noch objektiv; ob sie dennoch zu Grunde lag, ist aus dem unter Jod- und Hg. Behandlung erreichten therapeutischen Resultat nicht mit Sicherheit zu schliessen. Hat aber bei der grossen Seltenheit idiopathischer Perichondritis viel für sich.

Auch auf den folgenden Fall sind dieselben Relationen anwendbar.

8. Vom 2. XI. bis 26. XI. 96 befand sich der 65-jährige Gastwirt J. Th. in klinischer Behandlung.

Er giebt an, dass er seit einem Jahre an allmählich zunehmender Heiserkeit leidet. Anfängliche Dauer 1/4 Jahr. Darauf 1/2 Jahr Wohlbefinden. Heiserkeit stellt sich wieder ein, Dauer mit Remissionen bis jetzt.

Vor 4 Tagen wurde ein Tumor in Höhe des Thyreoidknorpels bemerkt, schnell grösser geworden. Pat. leidet nun auch an Athmungs- und Schluckbeschwerden.

Sein Arzt ordinierte Alaungurgelungen, Inhalationen; da Beschwerden immer lästiger, schickt er ihn nach der Klinik.

Patient negiert Lues.

Stat. praes. Grosser adipöser Mann, klagt über Auswurf und Athembeschwerden. Starker Stridor. Hals in toto etwas geschwollen; empfindlich auf Druck. Schmerzhafte Anschwellung auf der rechten Halsseite. Bei Druck auf dieselbe: Hustenreiz.

Expectorat. eitrigen Schleims. Überhaupt hat Pat. viel Hustenreiz und expectoriert viel schleimig-eitriges Sputum; keine tb.

Lunge: Schall laut, Athmung vesiculär.

Laryngosc. Epiglottis seitlich zusammengedrückt. Umgebung geschwollen. Einblick in Kehlkopf nicht möglich.

Auch hier wird, lediglich wegen des Ausschlusses jeder anderen Aetiologie, gleich von der Aufnahme ab Jodkal. ordiniert; bis zur Entlassung gebraucht.

Weiterer Verlauf:

3. XI. Kehlkopf bei der Palpation in toto verdickt zu fühlen, ohne deutliche Abgrenzung der einzelnen Teile; Stimme heiser. Feste Speisen vermag Patient nicht zu schlucken. Abends muss zur Tracheotomie geschritten werden. Es eröffnet sich bei der stumpfen Praeparation der Muskeln ein Abscess. Bei der Sondierung keine rauhe Stelle fühlbar. Fistel: Jodoformgazetamponade.

4. XI. Kanülenwechsel. In der Tiefe der Fistel, dieselbe erstreckt sich von vorn unten nach hinten oben, ein deutlich schabendes Gefühl.

Laryngosc. Einblick in den Kehlkopf immer noch unmöglich.

6. XI. Husten und Auswurf geringer. Allgemeinbefund gebessert.

9. XI. Schwellung der Epiglottis ist zurückgegangen. Einblick in den Kehlkopf frei. Aryknorpel gerötet, geschwollen. Rechts lig. voc. ebenfalls. Links nur lig. spur. sichtbar. R. Kehlkopf wenig beweglich. Anschwellung der rechten Halsseite fast völlig geschwunden. Husten und Auswurf gering.

10. XI. Patient befindet sich so wohl, dass er aufstehen durfte.

12. XI. Patient athmet den ganzen Tag über mit verstopfter Kanüle.

13. XI. Entf. der Kanüle. Laryngosc. Beide Seiten gut beweglich, rechts Differenzierung nicht gut möglich. Wand geschwollen, ragt ins Innere.

15. XI. Fistel secerniert immer noch Eiter.

16. XI. Stimme und Athmung frei. Laryngosc. Schwellung im Kehlkopf vermehrt, auch auf linker Seite. Contouren undeutlich. Kanüle wieder eingelegt.

18. XI. Fistel secerniert noch immer.

23. XI. Schwellung etwas verändert. L. gut beweglich. R. Aryknorpel, greller, kirschgrosser Tumor. Patient auf eigenen Wunsch entlassen.

9. Die 11 Wochen alte Formerstochter A. Sch. befand sich vom 10.—28. VI. 98 in klinischer Beobachtung.

Seit Geburt schnüffelt das Kind, leidet an Athemnot; seit gestern ist dieselbe besonders stark.

Lues negatur von den Eltern.

Stat. praes. Kleines, ziemlich athroph. Kind mit deutlichen Zeichen der Dyspnoe. Laut hörbarer Stridor, namentlich inspiratorisch.

Laryngosc. unmöglich; Tracheotomie. Athmung ruhig.

Weiterer Verlauf:

Wiederholte Untersuchungen mit Finger und Kehlkopfspiegel führen zu keinem Ergebnis.

Kind auf chir. Klinik verlegt. Die Laryngotomie ergiebt diffuse Schwellung des Kehlkopfs in der Schnittlinie, im Ringknorpel eine geschwürig zerfallene Stelle.

Mitte Juli Kind in die Ambulanz entlassen.

10. Vom 4. IX. 95 bis 2. XI. 95 wurde der 42-jährige Maurer K. K. in der Klinik beobachtet.

Patient infizierte sich luetisch im Mai 83. 4—5 Wochen ungt. gris., ausgesetzt wegen angeblicher „Schwäche". Januar 84 zweites mal ungt. gris. nur 14 Tage fortgebraucht. Es zeigte sich zu der Zeit eine Auftreibung der 3. linken Rippe dicht am Sternum. Dieselbe ist jetzt noch bemerkbar. Seit der Zeit datiert Pat. seine Heiserkeit. Seit etwa 8 Wochen Husten und Auswurf.

Ulcerationen im weichen Gaumen und Pharynx sind aufgetreten.

Stat. praes. Pat. spricht mit heiserer Stimme. Infraklaviculargruben beiderseits deutlich. V. O. beiderseits Dämpfung, bis zur R. III. scharfe Rasselgeräusche, verlängertes Exspirium.

Laryngosc. Epigl. und Aryepigl. Falten strark gerötet; rechts zwischen gl. vera und spur. eine etwa erbsengrosse, glasige Geschwulst. L. lig. voc. Kleine Ulcerate. Sputum; reichlich tb.

12. IX. Die ganze linke Thoraxhälfte bleibt deutlich zurück. Bronchiales In- und Exspirium.

30. IX. Lungenbefund unverändert. Starke, glasige Schwellung der Aryknorpel lig. voc. etwas gewellt.

14. X. Auswurf sehr gering, ebenso Husten. Stimme noch klanglos.

2. XI. Gebessert entlassen, d. h. was den Kehlkopf anbelangt, wenig.

Da die Lues anamnestisch angegeben und Pat. ausserdem erwiesen an tb. erkrankt ist, hat sich die Therapie gegen die Lues und die tb. zu richten. Es wird Jodkalium 0,5 pro die 4 ×, und Kreosot in steigenden Dosen, von 3 × 0,1 beginnend, gegeben.

Bei der zweifellos bestehenden Tuberkulose kann man durchaus nicht mit Bestimmtheit sagen, wie weit hier Lues an der Erzeugung der Perichondritis beteiligt war.

Ein kurzes Resumé über die angeführten Krankheitsfälle ergiebt im Wesentlichen Folgendes:

Eine im Laufe von mehreren Wochen, ja Monaten sich entwickelnde Kehlkopfstenose; — oft fehlen Husten und Schmerzen, deshalb achten die Patienten die Heiserkeit gering; sie kommen erst mit zunehmender Dyspnoe zum Arzt, — oft erst so spät, dass sofort tracheotomiert werden muss, ohne dass die Aetiologie der Kehlkopfstenose feststeht.

Dass die Erkrankung nicht nur die Schleimhaut, sondern auch das Perichondrium ergriffen hat, ergiebt sich aus der Hartnäckigkeit. Nun erhebt sich die Frage: Woher die Perichondritis?

Wenn Tuberkulose ausgeschlossen wird, so findet sich manchmal Lues, anamnestisch oder in Narben an Haut, Pharynx, oder eine Periostitis — aber nicht immer; in solchen Fällen gewinnt die Diagnose der Luet.-Natur per exclusionem an Wahrscheinlichkeit und wird oft gestützt durch den therapeutischen Erfolg.

Wenn nun auch mit Recht Mercurius als Triumphator hinsichtlich der Abheilung des Luet.-Krankheitsprozesses bezeichnet werden darf, so ist doch der Erfolg der Therapie nicht immer ein so durchaus glänzender.

Wie überhaupt die im Verlaufe der Lues gesetzten Substanzverluste eine ausgesprochene Tendenz zur Heilung unter Anbildung äusserst rigiden Narbengewebes zeigen, so ist dies Moment bei der Lokalisation im Kehlkopf besonders ominös, denn infolge der dadurch gesetzten Verengung der Passage kann es bis zur Aufhebung des Lumens kommen und die Ausschaltung des Kehlkopfes durch Dauerkanüle nötig werden.

Die Therapie feiert daher ihre höchsten Triumphe bei möglichst frühzeitiger Anwendung.

Vita.

Geboren wurde ich, Friedrich Scheidler, kathol. Religion, am 2. Januar 1875 zu Krotoschin als Sohn des † Fürstl. Thurn und Taxis'schen Rentamtskassier Scheidler.

Besuchte das dortige Gymnasium, das ich April 1896 absolvierte. Studierte dann Medizin auf der Universität Breslau, wo ich im Jahre 1898 die ärztliche Vorprüfung bestand. Studierte dann auf den Universitäten Halle, Breslau, Kiel, an welch letzterer ich am 4. März 1901 das Staatsexamen beendete und am 16. März das Doktorexamen bestand.